



*Instituto de Previdência dos Servidores do  
Município de Santa Maria de Jetibá - ES*  
**ANEXO I**

**AUTODECLARAÇÃO**

**RECADASTRAMENTO ANUAL – PROVA DE VIDA**

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer o Recadastramento Anual por meio de comprovação de Prova de Vida junto ao IPS/SMJ como requisito para a continuidade de recebimento dos benefícios como aposentado e/ou pensão por morte pago por esta Autarquia Municipal. Apresento essa declaração com os dados pessoais e endereço conforme constam nas informações abaixo:

**APOSENTADO(A) ( )                      PENSIONISTA ( )**

**Nome Completo:** \_\_\_\_\_

**Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Nº:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_

**Telefone(s) para contato:** (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

Cópias que devem ser anexadas a essa declaração **SOMENTE** em caso de alguma mudança dos dados pessoais ou de endereço:

- Cópias simples para aqueles que realizam presencialmente:

\* Registro Geral - RG;

\* Cadastro de Pessoas Físicas - CPF;

\* Certidão: Casamento / Divórcio / Óbito = Dependente;

\* Comprovante de Residência: Documento emitido com data inferior a 120 (cento e vinte) dias.

- Cópias por autenticidade para aqueles que realizarem por meio de envio por correspondência.

.....  
**Local e Data**  
.....

**Assinatura**

**AO CARTÓRIO:** Reconhecimento de firma dessa declaração **SOMENTE POR AUTENTICIDADE**, nos casos de residentes fora do Município de Santa Maria de Jetibá-ES, e ou residentes no Exterior.

**Lembrete:** Enviar juntamente com esta declaração a cópia autenticada dos documentos pessoais solicitados que constam nessa declaração, **SOMENTE** em casos quando houverem alteração dos dados pessoais ou de endereço.